1931
Lane Medical Library

Über postklimakterische Blutungen

Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät

der

Hessischen Ludwigs-Universität zu Gießen

vorgelegt von

Ernst Adler
aus Neunkirchen/Saar.

Gießen 1931

Druck von Richard Glagow (vorm. Otto Meyer), Gießen, Ludwigstraße 30

Über postklimakterische Blutungen

Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät

der

Hessischen Ludwigs-Universität zu Gießen

vorgelegt von

Ernst Adler
aus Neunkirchen/Saar.

Gießen 1931

Druck von Richard Glagow (vorm. Otto Meyer), Gießen, Ludwigstraße 30

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154005_0086

Die postklimakterischen Blutungen haben in den letzten Jahren ein gesteigertes Interesse gefunden. Einen besonderen Anstoß zur Erforschung der Ätiologie dieser Blutungen gaben die Arbeiten von Benthin und Schiffmann, die in den letzten Jahren erschienen sind.

Es ist sehr schwierig, den Begriff „postklimakterisch" genau festzulegen, weil wir nie sagen können, zu welchem Zeitpunkt das Klimakterium der Frau in das postklimakterische Stadium, oder, wie es verschiedene Autoren nennen, das Senium übergeht, da wir das Aufhören der Follikelreifung im weiblichen Ovarium niemals zeitlich erfassen können. Daher haben manche Autoren einfach einen bestimmten Termin angenommen. Muret, J. Neumann, Schiffmann, Zweifel u. a. nehmen als Beginn des Postklimakteriums einen Zeitpunkt an, an dem seit der letzten klimakterischen Blutung ein Jahr vollkommener Amenorrhoe verstrichen ist, obwohl nach dieser Zeit nochmals eine Follikelreifung eintreten und es zu einer Blutung kommen kann. Man hat sich aus rein praktischen Gründen auf diesen Zeitpunkt geeinigt. Auch wir haben uns in vorliegender Arbeit aus diesem Grunde und zwecks konsequenter Aufstellung unserer Statistik entschlossen, uns in dieser Hinsicht anderen Autoren anzuschließen. Zur Aufstellung einer solchen Statistik ist es notwendig, in den Krankengeschichten eine genaue Blutungsanamnese zu finden. Die Gießener Klinik legt seit 13 Jahren einen ganz besonderen Wert auf eine genaue Feststellung der Menstruationsanamnese. Auf jedem Krankenblatt sind dafür die zu dieser Erhebung nötigen Vordrucke vorhanden.

Da die Angaben in der Literatur über postklimakterische Blutungen sehr verschieden sind, haben wir das eigene

Material zusammengestellt, um dann Vergleiche mit anderen Ergebnissen ziehen zu können. Ein besonderes Interesse haben wir hierbei der Beziehung von postklimakterischen Blutungen zu Ovarialkarzinomen gewidmet, da gerade hier in der Literatur sehr gegensätzliche Angaben bestehen. Während Benthin eine Beziehung von postklimakterischen Blutungen zum Ovarialkarzinom direkt ablehnt, sieht Schiffmann in vielen Fällen diese Blutungen als Initialsymptom von Ovarialkarzinomen an.

Die erste größerere und gründliche Statistik über postklimakterische Blutungen finden wir in der Zusammenstellung von J. Neumann aus dem Jahre 1885.

Seine Ausführungen gehen dahin, daß man vor allen Dingen bei Blutungen nach den Wechseljahren an Krebs, besonders an Portiokrebs, denken müsse. Hat er doch an seinem Material, das er aus der I. Wiener Universitäts-Frauenklinik gewonnen hat, in nicht weniger als in 54% seiner Fälle ein Portiokarzinom festgestellt. Die 183 Fälle postklimakterischer Blutungen, die er zusammengestellt hat, verteilen sich auf die einzelnen Blutungsursachen folgendermaßen:

Carcinoma portionis	100
Prolaps der Vagina oder des Uterus	24
Carcinoma corperis uteri	18
Schleimhautpolyp	8
Colpitis senilis und senile Veränderungen der Genitalien	5
Myoma uteri	4
Ovarialcysten	4
Fragliche Diagnose	20

P. Zweifel erwähnt in einer Arbeit über „Die Bedeutung der Frühsymptome bei Uteruscarcinom" eine Dissertation aus dem Jahre 1921, in der er Mendelsohn sämtliche Fälle von Genitalblutungen in klimakterischen Jahren oder — wie er es später nennt — von postklimakterischen Blutungen zusammenstellen ließ. Bei Beurteilung des Ergebnisses war P. Zweifel sehr überrascht, daß in nur

75,5 % der Fälle eine maligne Neubildung die Ursache für die Blutung war. Nach seiner Erfahrung hatte er die Häufigkeit gutartiger Ursachen bedeutend niedriger eingeschätzt. Besonders erwähnt Zweifel in seiner Arbeit, daß in der Zusammenstellung von Mendelsohn auch maligne Ovarialtumoren postklimakterische Blutungen verursacht haben. Unter 351 Fällen waren 2 Ovarialkarzinome, d. s. 0,56 %. Seines Erachtens nach sind diese Blutungen entweder auf dem Weg des Nervenreizes oder auf innersekretorischer Grundlage entstanden.

Trotz der Wahrscheinlichkeit von 3:1, daß es sich bei einer postklimakterischen Blutung um ein Karzinom handele, kann seiner Meinung nach diese Blutung nicht als Frühsymptom genannt werden, da man selbst nach einer einmaligen Blutung schon ausgedehnten Tumoren begegnen könne.

Rob. Meyer bemerkt in einer Arbeit über Ovarialtumoren in Beziehung zur Hypertrophie der Uterusschleimhaut, daß der Uterus bei Ovarialkarzinomen von älteren Frauen meistens auffallend klein ist, und daß er eine Hypertrophie des Uterus bei Frauen in der Menopause überhaupt nicht habe beobachten können.

Schiffmann weist im Jahre 1925 darauf hin, daß man bei vielen postklimakterischen Blutungen, für die innerhalb des Genitalschlauches keine genügende Erklärung gefunden werden könne, als Ursache eine beginnende karzinomatöse Erkrankung des Ovariums finden könne. Schiffmann bezeichnet diese Blutungen sogar als Initial- bzw. Prodromalsymptom. Er fordert in seiner Arbeit auf, bei einer eventuellen Uterusentfernung in solchen Fällen wenigstens die Adnexe mit zu exstirpieren.

1927 wiederholt Schiffmann seine Feststellungen und führt einen Fall von postklimakterischer Blutung an, bei dem die rechten Adnexe mitexstirpiert wurden. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Karzinom des rechten Ovariums.

E. Muret veröffentlicht 1927 312 Fälle von Blutungen nach den Wechseljahren und findet dabei folgende Zahlen (zitiert nach K. Tietze und Clemens Mayer):

Karzinom der Cervix oder des Corpus	79
Prolaps mit Ulzerationen	61
Traumen durch Pessardruck	17
Polypen	42
Erosionen	7
Endometritis	24
Akute Blenorrhoe	5
Senile Vaginitis	10
Fibrome	17
Ovarialcysten	7
Maligne Tumorrezidive nach Operation	12
Vaginalkarzinom	4
Vulvakarzinom	2
Gefäßgeschwülste der Urethra	8
Arteriosklerose	2
Unklare Fälle	3

Auch Benthin berichtet über Blutungen in der Menopause. Bei ihm stehen im Gegensatz zu allen bisher angeführten Zahlen die bösartigen Neubildungen als auslösender Faktor nicht so sehr im Vordergrund. Dagegen beschuldigt er die gutartigen Erkrankungen in viel höherem Maße als Urheber der Blutung. Im Gegensatz zu R. Meyer und Schiffmann lehnt er auf Grund der von ihm selbst beobachteten Fälle deren Annahme, daß es infolge inkretorischer Einflüsse zu einer Hypertrophie des Uterus und zu einer Umwandlung der Uterusschleimhaut komme, und daß dadurch die Blutungen entstünden, ab.

In einem 1927 gehaltenen Vortrag zu Königsberg betont Benthin ebenfalls in kurzen Ausführungen, daß nach einer Zusammenstellung seines Materials bei 131 Fällen nur 56 mal das Karzinom als Blutungsquelle anzusehen ist, während bei 75 Fällen überhaupt keine Neubildung — nicht einmal

eine benigne — zu finden war. Er glaubt, daß diese letzte Zahl noch bedeutend höher ausfiele, wenn die vielen oft einmalig auftretenden Blutungen die Frauen zum Arzt brächten und so in der Statistik verwertet werden könnten. Andererseits werden nach seiner Ansicht viele Frauen allein auf die Diagnose Karzinom-Verdacht operiert, ohne daß nachher mikroskopische Schnitte angefertigt würden. Auch werde eine Fehldiagnose nach der Operation nur ungern eingestanden.

Sidney Blashill Herd publiziert 1930 100 Fälle und findet:

Carcinoma cervicis	44
Adenoma	16
Carcinoma corporis	12
Fibromyoma	7
Senile Endometritis	5
Kystadenom des Ovars	3
Chronische Infektionen oder Erosionen der Cervix	3
Sarcoma uteri	3
Prolaps des Uterus	3
Stielgedrehte Ovarialcysten	2
Primäres Ovarialkarzinom	1
Sekundäres Ovarialkarzinom	1

E. Zweifel stellte 1930 aus dem Material der Münchener Klinik eine Statistik auf, die er in zwei Abteilungen trennt: In klimakterische und in postklimakterische Blutungen. Als letztere bezeichnet er — wie schon eingangs erwähnt — solche Blutungen, die nach einjährigem Aussetzen der Genitalblutung wieder aufgetreten sind. Während uns die klimakterischen Blutungen in vorliegender Arbeit weniger interessieren, wollen wir der Zusammenfassung der postklimakterischen Blutungen ein größeres Augenmerk schenken. Die Untersuchungen von E. Zweifel haben ergeben, daß mehr als $^4/_5$ sämtlicher Fälle — ca. 175 — von postklimakterischen Blutungen ein Karzinom des Genitales zu Grunde

lag. Bei den nicht durch ein Karzinom hervorgerufenen Blutungen fand er

Polypen	in	7 Fällen
Erosionen und Decubitalgeschwüre bei Prolaps	„	12 „
Traumen	„	2 „
benigne Ovarialkystome	„	5 „
Myome	„	6 „
Vaginitis ulcerosa	„	1 Fall
Kolpitis acuta go.	„	1 „
Schleimhautprolaps der Urethra	„	1 „

Zweifel fordert daher auf, jede postklimakterische Blutung als Kennzeichen für eine karzinomatöse Erkrankung des Genitales anzusehen, sofern nicht durch die Untersuchung eine andere Erkrankung erkannt wird.

Die neueste Zusammenstellung dieser Art ist die vor kurzem veröffentlichte Arbeit von K. Tietze und Clemens Mayer. In dieser Statistik sind entsprechend der Arbeit von E. Zweifel ebenfalls klimakterische und postklimakterische Blutungen getrennt behandelt. Tietze und Mayer (Kiel) haben ihre Zahlen aus Blutungen bei Frauen über 50 Jahre gewonnen. Auch hier interessieren uns die postklimakterischen Blutungen mehr als die klimakterischen. Von 211 Fällen postklimakterischer Blutungen waren

140 Fälle	= 66,4 %	Karzinom
7 „	= 3,8 %	glandulär-cystische Hyperplasie
26 „	= 12,3 %	Polypen
4 „	= 1,9 %	Endometritiden
1 Fall	= 0,5 %	Myom
14 Fälle	= 6,7 %	Erosionen
1 Fall	= 0,5 %	Myom und Polyp
4 Fälle	= 1,9 %	Ovarialkarzinom und glanduläre Hyperplasie
3 „	= 1,4 %	Granulosazelltumor und glanduläre Hyperplasie

2 Fälle =	0,9 %	wiedergekehrte Regel
2 „ =	0,9 %	Harnröhrenpolyp
7 „ =	3,3 %	unklar.

Auch diese Arbeit gipfelt in der Feststellung, daß die Karzinome als Hauptquelle — in mindestens $^2/_3$ der Fälle — der Blutungen anzusehen sind.

Ein besonderes Interesse haben wir in dieser Arbeit der letzten Veröffentlichung von Schiffmann (1929) gewidmet. Wie schon in seinen früheren Arbeiten weist er darauf hin, daß postklimakterische Blutungen verbunden mit einem Ovarialkarzinom als eine besondere Kategorie zu gelten haben. Seiner Überzeugung nach muß bei jeder postklimakterischen Blutung, die eine Quelle innerhalb des Genitales nicht erkennen läßt, prinzipiell an die Möglichkeit eines Ovarialkarzinoms gedacht werden — ebenso wie bei jedem Ausbleiben der Menses prinzipiell an eine vielleicht bestehende Extrauteringravidität gedacht werden müsse. Den Standpunkt Benthins, der eine Beziehung von malignem Ovarialtumor zur postklimakterischen Blutung bezweifelt, lehnt Schiffmann ab.

Als auslösendes Moment für die Blutung führt Schiffmann teils mechanische, teils inkretorische Faktoren an: Durch rein mechanischen Druck könne es zur Hyperaemie und so zur Blutung kommen, oder die Tumorzellen selbst besäßen eine inkretorische Fähigkeit, durch die das von den Tumorzellen befallene Ovar zu neuer inkretorischer Tätigkeit angeregt würde.

Zum Beweis dafür, daß die Blutung oft als Initialsymptom eines malignen Ovarialtumors angesehen werden könne, führt Schiffmann 4 Fälle an; diese haben wegen Blutungen nach der Menopause die Klinik aufgesucht. Es konnte bei der gynaekologischen Untersuchung keine Veränderungen an den Genitalorganen, insbesondere an den Ovarien, festgestellt werden. Nach einiger Zeit (in einem Falle noch nach 2 Jahren) stellte Schiffmann zum Teil schon inoperable Ovarialkarzinome fest.

Schiffmann teilt seine Statistik in drei Abteilungen ein:

1. Blutungen, deren Ursache in den Teilen des Genitalschlauches liegt, welche der Inspektion zugänglich sind.
2. Solche, deren Ursache in einer nachweisbaren Erkrankung des Corpus gelegen ist.
3. Solche, für die eine befriedigende Ursache innerhalb des Genitalschlauches nicht nachgewiesen werden kann.

Schiffmann schaltet in seiner Statistik die Gruppe 1 seiner Einteilung vollkommen aus und bearbeitet nur die „korporalen postklimakterischen Blutungen". Es sind dies 51 Fälle, die sich im Hinblick auf die Diagnose folgendermaßen verteilen:

Myom und Polyp	2 Fälle
Polypen	11 „
Corpuskarzinom	14 „
Ovarialkarzinom	8 „
Nicht sicherer Ätiologie	16 „

Schiffmann stellt also unter 51 Fällen 8 Ovarialkarzinome fest. Das wäre ein sehr hoher Prozentsatz, 15,6 %.

In Wirklichkeit hat Schiffmann aber die meisten Fälle von postklimakterischen Blutungen, die Gruppe 1 seiner Statistik, vollkommen unbeobachtet gelassen. Wenn man die Gruppe 1 zur Gesamtzahl der Fälle hinzuzählt — die meisten postklimakterischen Blutungen entfallen unter die Gruppe 1 — so errechnet man sicher einen bedeutend geringeren prozentualen Anteil auf die Ovarialkarzinome.

Um nun die Verhältnisse an der Gießener Klinik beurteilen und sie mit den Ergebnissen an anderen Kliniken vergleichen zu können, haben wir in vorliegender Arbeit sämtliche Fälle von postklimakterischen Blutungen aus der Zeit von April 1918 bis Dezember 1930 zusammengestellt.

Wie oben schon erwähnt, schlossen wir uns hierbei den bisher erschienenen Arbeiten insofern an, daß wir jede Frau, die ein Jahr lang in der Menopause stand, ins postklimakterische Alter rechneten.

Unsere Gesamtzahl der Fälle beträgt 319, die sich folgendermaßen verteilen:

1. Karzinom			
der Portio	85 Fälle		
des Corpus	76 „		
der Vagina	11 „		
der Vulva	3 „ zus.	175 Fälle	= 55 %
2. Glandulär-cystische Hyperplasie		5 Fälle	= 1,6 %
3. Polyp		24 Fälle	= 7,5 %
4. Sarkom		14 „	= 4,4 %
5. Myom		10 „	= 3,1 %
6. Endometritis		8 „	= 2,5 %
7. Erosion		19 „	= 5,9 %
8. Klimakterische Metrorrhagien		6 „	= 1,9 %
9. Gutartige Ovarialtumoren		6 „	= 1,9 %
10. Harnröhrenpolyp		1 Fall	= 0,3 %
11. Cysten des Gärtner'schen Ganges		1 „	= 0,3 %
12. Kolpitis		1 „	= 0,3 %
13. Ovarialkarzinom und Polyp und Uterus myomatosus		1 „	= 0,3 %
14. Tbc. uteri und Erosio simplex		1 „	= 0,3 %
15. Der Untersuchung entzogen		1 „	= 0,3 %
16. Epithelioma uteri		1 „	= 0,3 %
17. Erodiertes Fibrom		1 „	= 0,3 %
18. Erosion und Polyp		1 „	= 0,3 %
19. Ovarialsarkom		2 Fälle	= 0,6 %
20. Ovarialkarzinom		9 „	= 2,5 %
21. Unklare Fälle		20 „	= 9,4 %

Wie aus dieser Statistik einwandfrei ersichtlich ist, ist über die Hälfte der Blutungen, 55 %, durch ein Karzinom bedingt. Diese Zahl deckt sich ungefähr mit denen früherer Arbeiten. Neumann zählt 54,5 %, P. Zweifel 75,5 %,

Sidney Blashill Herd 56%, Tietze und Mayer 66,4%, bei E. Zweifel sind es sogar 4/5 aller Fälle. Dagegen finden wir bei Benthin eine bedeutend geringere Zahl, 42,7%.

Auf Grund unseres Ergebnisses hat — was ja immer wieder betont wird — jede zweite Frau, die wegen Blutungen in der Menopause ärztlichen Rat aufsucht, ein Karzinom des Genitalschlauches. Es muß also bei jeder postklimakterischen Blutung vor allem an ein malignes Neoplasma gedacht werden. Erst wenn die genaue gynaekologische und mikroskopische Untersuchung keinen Verdacht auf Karzinom ergeben hat, kann man nach einer anderen Blutungsquelle fahnden.

In unserer Tabelle folgt die glandulär-cystische Hyperplasie oder wie Rob. Schröder sie nennt, die Metropathia haemorrhagica. Diese Erkrankung ist typisch für das Klimakterium, während sie im postklimakterischen Alter seltener beobachtet wird. Es erscheint erwähnenswert, daß von den 5 Fällen nur eine Patientin noch ins Klimakterium gerechnet werden kann, da bei ihr erst ein Jahr lang eine Amenorrhoe bestand, während die übrigen 4 Frauen 10—20 Jahre schon in der Menopause standen.

Es folgen die Polypen. Es sind 24 = 7,5%. Diese Zahl bleibt hinter der anderer Statistiken etwas zurück, Muret berechnet 13,4%, Tietze und Mayer 12,3%. Daß Polypen gerade im Senium der Frau zu Blutungen führen können, wurde schon oft genug hervorgehoben. Besonders die großen, mit vielen Gefäßen durchsetzten Polypen neigen bei der geringsten Oberflächenschädigung zu oft ganz ausgedehnten Blutungen.

An nächster Stelle stehen die Sarkome, 4,4%. In den meisten Arbeiten findet sich überhaupt kein Sarkomfall, lediglich bei Sidney Blashill Herd finden wir 3% unter allen Fällen.

Die Myome nehmen bei uns 10 Fälle in Anspruch. Während man in vielen Statistiken die Myome in ganz ver-

schwindend kleiner Anzahl sieht (Tietze und Mayer 0,5%), finden wir bei Sidney Blashill Herd 7% Myome. Es steht fest, daß die Myome meist eine Erkrankung von Frauen sind, die vor der Menopause stehen. Trotzdem können diese Tumoren auch noch nach dem Klimakterium Anlaß zu Blutungen geben.

An nächster Stelle steht die Endometritis. Es sind 2,5% aller Fälle. Diese Zahl deckt sich ungefähr mit denen anderer Statistiken mit Ausnahme der von Benthin. Er räumt der Endometritis eine viel größere Häufigkeit ein.

Daß Erosionen als Blutungsquelle anzusehen sind, ist schon lange bekannt. Wir bezeichnen als Erosio simplex jeden Schleimhautdefekt um den äußeren Muttermund. Zu solchen Erosionen kann es durch Entzündungen, Pessardruck, Prolaps usw. kommen. Daß diese Erkrankungen in der Hauptsache in das postklimakterische Alter fallen, ist verständlich. So stimmen auch unsere Werte mit denen von anderen gefundenen ziemlich überein. Nur Muret hat in seiner Statistik der Erosion eine größere Zahl zugebilligt.

Unter der Rubrik klimakterische Metrorrhagien haben wir 6 Fälle angeführt. Daß wir in einer Statistik, in der wir rein empirisch nach einjähriger Amenorrhoe den Beginn des Seniums angenommen haben, solche Fälle finden würden, war uns von vornherein klar.

Wir haben auch unter unseren 319 Fällen 6 Fälle von gutartigen Ovarialtumoren, eine Zahl, wie wir sie auch ungefähr in anderen Arbeiten finden.

Es folgen je ein Fall von Harnröhrenpolyp, Kolpitis, Ovarialkarzinom mit Polypus cervicis und Uterus myomatosus, Tbc. mucosae uteri mit Erosio simplex, Epithelioma uteri, erodiertem Fibrom, Erosion mit Polyp; eine Frau hat sich der Untersuchung entzogen. Bei dem Fall von Ovarialkarzinom mit Cervixpolyp und Uterus myomatosus nehmen wir an, was auch das Naheliegende ist, daß die Blutungen durch den Polypen oder den Uterus myomatosus oder durch beides zusammen hervorgerufen wurden.

Nebst 2 Fällen von primärem Ovarialsarkom verbleiben nur noch die letzten beiden Rubriken unserer Statistik, die Ovarialkarzinome und die unklaren Fälle. Wir führen diese beiden Kategorien absichtlich zusammen an, da nach Ansicht Schiffmanns viele Fälle von postklimakterischen Blutungen, für die eine befriedigende Erklärung weder klinisch noch mikroskopisch gefunden werden konnte, als Initalsymptom eines Ovarialkarzinoms im Auge behalten werden müßten. Wie schon früher erwähnt, führt Schiffmann einige Fälle von Blutungen in der Menopause an, deren Ätiologie unklar war, die sich aber später als Ovarialkarzinome entpuppten. Beim Aufsuchen unseres Materials haben wir daher genau auf solche Fälle geachtet. Nur ein derartig liegender Fall ist uns zu Augen gekommen.

Es handelt sich um eine 64 jährige Patientien (Gyn. Journ. 821/29 u. 360/30), die seit dem 52. Lebensjahr in der Menopause stand. Sie kam zu uns in die Klinik mit der Angabe, daß sie vor 8 Tagen in der Nacht plötzlich eine mäßige Genitalblutung gehabt hätte. In den nächsten Tagen verspürte sie ziehende Schmerzen im Unterleib. Die gynaekologische Untersuchung ergab keinen krankhaften Befund. Es wurde eine Probe-Abrasio vorgenommen. Das Abrasionsmaterial ergab kleine Muskelfetzen. Es wurde an eine Apoplexia uteri gedacht. Da keine maligne Erkrankung festzustellen war, wurde Patientin wieder entlassen. Ein halbes Jahr später suchte Patientin wieder unseren Rat auf. Sie gab an, vor 3 Wochen habe sie plötzlich starke Schmerzen im linken Bein, die nach dem Unterleib und Rücken ausstrahlten, verspürt. Seit der Entlassung hatte Patientin nicht mehr geblutet. Die Untersuchung ergab vor dem Uterus einen kindskopfgroßen, dicken, knolligen Tumor. In der vorderen Scheidenwand fand sich ein haselnußgroßer langgestielter, aus der Scheidenschleimhaut vorragender Tumor, der aber von Schleimhaut bekleidet war und einen gutartigen Eindruck machte. Unter der Diagnose Ovarialkarzinom und Fibrom der Scheide wurde eine Ovariotomie mit Exstirpation des Tumors aus der Scheide vorgenommen. Einzelne Metastasen am Mesenterium wurden mit entfernt. Die histologische Untersuchung ergab ein Adenocarcinom des Ovariums mit einer Scheidenmetastase. Am 16. Tage nach der Operation starb die Patientin an einer Embolie. Die Sektion wurde verweigert.

Ob wir die einmalige Blutung in diesem Falle als Initalsymptom für das Ovarialkarzinom ansehen können, möchten wir bezweifeln. Wir glauben eher annehmen zu können, daß es sich bei der Blutung um eine Apoplexia uteri gehandelt hat, zumal eine starke Hypertonie bestand. Der Blutdruck war nach Riva-Rocci 192/109 mm Hg.

Außer diesem eben beschriebenen Fall von Ovarialkarzinom verbleiben uns noch 8 Ovarialkarzinome. Davon sind nur 6 primäre bzw. reine Ovarialkarzinome, im ganzen haben wir also zusammen mit dem vorhin beschriebenen Fall 7 einwandfreie Fälle von Ovarialkarzinom. Bei den beiden anderen handelt es sich um ein metastatisches Ovarialkarzinom nach primärem Blasenkarzinom und um einen Uterus myomatosus, gepaart mit Ovarialkarzinom. Diese beiden Fälle können wir, da sie nicht einwandfrei sind, in unserer Statistik nicht verwerten. Wir haben also 7 Fälle = 2,2%. Verglichen mit anderen Werten sehen wir, daß unsere Zahl noch etwas höher ist als die niedrigen Angaben früherer Arbeiten.

Mendelsohn berechnet 0,6%, Sidney Blashill Herd 1,0%, Tietze und Mayer 1,9%.

Nur Schiffmann hat bedeutend mehr Fälle. Allerdings hat er jene Fälle von postklimakterischen Blutungen ausgeschaltet, deren Ursache der Inspektion zugänglich ist.

Entsprechend der Einteilung von Schiffmann haben wir ebenfalls diese Art der Statistik aufgestellt. Diese hat folgendes Aussehen:

1. Blutungen, hervorgerufen durch Ursachen, die der Inspektion zugänglich sind: 134 Fälle
2. Blutungen, deren Ursache in einer nachweisbaren Erkrankung des Corpus gelegen ist: 95 Fälle
3. Blutungen, für die eine Ursache innerhalb des Genitalschlauches nicht gefunden werden kann: 90 Fälle

Lassen wir gleich Schiffmann die Gruppe 1 unberücksichtigt, so verbleiben uns noch 185 Fälle. Wir haben

dann unter 185 Fällen 7 Ovarialkarzinome oder 3,8%, eine Zahl, die immer noch weit hinter der Schiffmanns zurückbleibt. Bei ihm sind unter 51 Fällen 8 Ovarialkarzinome = 15,6%.

Auf Grund unserer Zahlen müssen wir annehmen, daß Blutungen in der Menopause, die durch Ovarialkarzinome bedingt sind, zu den Seltenheiten gehören. Wie es zu diesen Blutungen kommen kann, darauf soll in dieser Arbeit nicht eingegangen werden.

Es bleiben uns nunmehr noch die unklaren Fälle übrig. Es sind dies Frauen, deren Genitale ohne jegliche pathologische Veränderung war und deren Abrasionsmaterial vollkommen uncharakteristische Befunde ergab, z. B. „Senil involvierte Schleimhaut" oder „Im Abrasionsmaterial nur einige Muskelfetzen" oder „Keine Schleimhaut."

Da nach Ansicht von Schiffmann diese Fälle oft ein beginnendes Ovarialkarzinom darstellen, haben wir auf sie ein ganz besonderes Augenmerk gerichtet. Um uns über den jetzigen Gesundheitszustand dieser 30 Frauen ein Bild zu verschaffen, haben wir sie zum Teil persönlich aufgesucht, zum Teil durch Rundschreiben über ihren Gesundheitszustand befragt, insbesondere über eventuelle nochmalige Blutungen, über Veränderungen des Leibesumfanges, sowie über Körpergewichtsveränderungen.

Leider sind uns 4 Anfragen trotz aller Bemühungen unbeantwortet geblieben, eine Frau war nicht aufzufinden.

Über das Befinden der 25 restlichen Frauen bekamen wir folgendes Bild:

17 Frauen haben nach der Entlassung aus der Klinik nie wieder geblutet, sie fühlten sich zur Zeit der Anfrage vollkommen wohl.

5 Frauen waren gestorben:

Eine 4 Jahre nach der Entlassung durch Suizid. Patientin war in der letzten Zeit vor ihrem Tode geisteskrank,
eine 13 Jahre nach der Entlassung an Magenkarzinom,
eine 4 Jahre nach der Entlassung an Grippe und
eine 3 Jahre nach der Entlassung an einer Apoplexie.

Von diesen 5 Frauen haben die ersten 4 nach der Kliniksentlasssung nie wieder geblutet.

Die zuletzt genannte Frau blutete nach der Entlassung noch einige Male, um sich dann bis zu ihrem Tode, $2^1/_2$ Jahre später, vollkommen von Genitalbeschwerden befreit zu sehen.

Eine Patientien gab an, daß sie nach der Kliniksbehandlung nie wieder geblutet habe, jedoch sei in letzter Zeit ihr Leib dicker geworden. Nach Angaben des behandelnden Arztes handelte es sich hierbei um eine Herzinsuffizienz mit Aszitesbildung.

Von einer Frau, die wir ein Jahr nach der Entlassung befragten, erfuhren wir, daß sie noch öfter in Abständen von 4—6 Wochen ganz gering geblutet habe.

Eine Patientin kam nach einem Jahre wieder in die Klinik wegen Blasenbeschwerden. Es bestand eine Cystitis. Sie hat nicht mehr geblutet. Der Genitalbefund ergab keine Veränderungen.

Wir können wohl auf Grund unserer Nachfragen behaupten, daß bei keinem unserer unklaren Fälle der Verdacht besteht, es könne sich nach der Entlassung ein Ovarialkarzinom entwickelt haben.

Wir müssen annehmen, daß das Ovarialkarzinom als Blutungsursache in der Menopause zu den Seltenheiten gehört. Die Vermutungen Schiffmanns können wir nicht bestätigen.

Überblicken wir zusammenfassend unsere Ergebnisse, so sehen wir — übereinstimmend mit anderen außer Benthin — daß das Karzinom als häufigste Blutungsquelle im Senium anzusehen ist. Wir müssen bei jeder postklimaterischen Blutung nach einer bösartigen Erkrankung des Genitales fahnden und erst dann, wenn wir eine solche ausgeschlossen haben, können wir uns mit einer anderen, nicht bösartigen Erkrankung des Genitales, begnügen.

Es muß daher immer wieder verlangt werden, daß Frauen mit Blutungen in der Menopause möglichst bald einer fachärztlichen Untersuchung zugeführt werden, damit ein eventuell bestehendes Karzinom frühzeitig in Behandlung kommt.

Zum Schlusse meiner Arbeit möchte ich nicht versäumen, Herrn Professor Dr. Schumacher für die freundliche Überlassung der Arbeit und für die tatkräftige Unterstützung während der Bearbeitung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

W. Benthin, Mon. f. Gebh. u. Gyn. 1928, S. 659, Postklimakterische Blutungen.

—, Dt. med. Woch. 1928, S. 727, Genitale Blutungen im Greisenalter bei Frauen.

Mendelsohn, Inaug.-Dissert. Leipzig 1921.

Rob. Meyer, Zbl. f. Gyn., S. 1662, Pathologische Hypertrophie der Uterusschleimhaut im Gefolge von Ovarialtumoren, insbesondere in der Menopause.

Muret, Gynéc. et Obstétr. 1927, 15 No. 4, S. 252.

J. Neumann, Mon. f. Gebh. 1895, S. 238, Über postklimakterische Genitalblutungen.

Schiffmann, Zbl. f. Gyn. 1925 S. 2229, Postklimakterische Blutung und Ovarialkarzinom.

—, Zbl. f. Gyn. 1927, S. 2098, Postklimakterische Blutung und Ovarialkarzinom.

—, Archiv f. Gyn. 1929, S. 339, Postklimakterische Blutung und Ovarialkarzinom.

R. Schröder, in Handbuch d. Gyn. v. Veit-Stoeckel 1927.

Sidney Blashill Herd, The Journ. of obst. gyn. of the Brit. Emp. vol. 37 No. 2, 1930.

K. Tietze und Clemens Mayer, Mon. f. Gebh. u. Gyn. 1931, S. 185, Blutungen bei Frauen über 50 Jahre.

E. Zweifel, Dt. med. Woch. 1930, S. 1388, Die postklimakterischen Blutungen als Kennzeichen für das Uteruskarzinom.

P. Zweifel, Zbl. f. Gyn. 1921, S. 1126, Die Bedeutung der Frühsymptome für die Behandlung des Uteruskarzinoms.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Adler, bin geboren am 27. Dezember 1907 zu Neunkirchen/Saar, als Sohn des Kaufmanns Ludwig Adler. 1911 verzogen meine Eltern nach Zweibrücken (Pfalz), wo ich die Volksschule und seit 1918 das Humanistische Gymnasium besuchte, das ich Ostern 1926 mit dem Reifezeugnis verließ. Darauf widmete ich mich dem Studium der Medizin an der Hessischen Ludwigs-Universität zu Gießen. Daselbst verbrachte ich meine 4 vorklinischen Semester und legte im Frühjahr 1928 meine ärztliche Vorprüfung ab. Ich begab mich dann je ein Semester an die Universitäten zu Wien, Frankfurt und Heidelberg und kehrte Winter-Semester 1929/30 wieder nach Gießen zurück, wo ich meine 3 letzten Semester verbrachte. Am 5. Juni 1931 bestand ich die ärztliche Staatsprüfung. Seit 13. Juli 1931 bin ich als Medizinalpraktikant an der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen tätig.